

For IOM Use only

AVRR Case No:

PF No:



International Organization for Migration (IOM)
The UN Migration Agency

**IOM Assisted
Voluntary Return
from Iceland
English/Albanian**

**IOM Finland
01.07.2018**

**IOM Assisted Voluntary Return from Iceland - AVRR application form Albanian /
Formulari i Kthimit vullnetar nga Finlanda me asistencën e IOM - Formulari i aplikimit KVA shqip**

1. Personal details / Detajet personale		
Last Name / Mbiemri	First Name / Emri	
Icelandic Case Number / IDI number / Numri i dosjes islandeze / numri IDI		
Sex / Gjinia	Date of Birth / Datëlindja	Place of Birth / Vendlindja
Marital Status / Gjendja familjare		Citizenship(s) / Nënshtetësia (nënshtetësitë)
Contact Details in Iceland / Detajet e kontaktit në Islandë	<input type="checkbox"/> Icelandic Directorate of Immigration <input type="checkbox"/> Revkianesbær <input type="checkbox"/> Reykjavik <input type="checkbox"/> Hafnarfjörður	
Return Address in Country of Return (of yourself or relatives/acquaintances, through whom you can be reached) / Adresa e kthimit në vendin e kthimit (e juaja ose e të afërmve/të njohurve, përmes të cilëve mund t'ju kontaktojmë)	Telephone Number in Country of Return / Numri i telefonit në vendin e kthimit	
2. Travel information / Informacion udhëtimit		
Final Destination in Country of Origin (please state full address)? / Destinacioni përfundimtar në vendin e origjinës (ju lutemi shkruani adresën e plotë?)	Do you need transportation to your final destination? / Keni nevojë për transport deri në destinacionin tuaj përfundimtar? <input type="checkbox"/> Yes / Po <input type="checkbox"/> No / Jo	
Do you or your dependants have any medical condition? / Vuani ju ose personat në varësinë tuaj nga ndonjë sëmundje? <input type="checkbox"/> No / Jo <input type="checkbox"/> Yes / Po		
If yes, please explain / Nëse po, shpjegoni		
3. Legal Status in Iceland / Statusi ligjor në Islandë		
<input type="checkbox"/> Withdrawing Asylum Process / Në tërheqje të procesit të azilit	<input type="checkbox"/> Rejected Asylum Seeker / Azilkërkues i refuzuar	
<input type="checkbox"/> Refugee returning home / Refugjat gjatë kthimit në shtëpi	<input type="checkbox"/> Other / Tjetër _____	

4. Documentation & visas / Dokumentacioni dhe vizat

Document type / Lloji i dokumentit	Date & place issued / Data dhe vendi i lëshimit	Number / Numri	Valid until / I vlefshëm deri më	Where is the Document? / Ku është ky dokument?
Passport / Pasaportë				
Other travel document / Dokument tjetër udhëtimi				

Other documents and clarifications / Dokumente dhe sqarime të tjera

5. Dependants returning with applicant / Persona në varlsi që kthehen me aplikantin

Last Name / Mbiemri	First Name / Emri	Relationship / Marrëdhënia	Sex / Gjinia	Date of Birth / Datëlindja	Nationality / Shtetësia	Passport No / Numri i pasaportës

6. Language skills / Aftësitë gjuhësore

Mother Tongue / Gjuha amë			
Language/ Tjetër	Proficiency / Niveli i zotërimit	Proficiency / Niveli i zotërimit	Proficiency / Niveli i zotërimit
Icelandic / Islandisht	<input type="checkbox"/> Fluent / Rrjedhshëm	<input type="checkbox"/> Regular / Mesatar	<input type="checkbox"/> Poor / Dobët
English / Anglisht	<input type="checkbox"/> Fluent / Rrjedhshëm	<input type="checkbox"/> Regular / Mesatar	<input type="checkbox"/> Poor / Dobët
Other language / Gjuhë tjetër	<input type="checkbox"/> Fluent / Rrjedhshëm	<input type="checkbox"/> Regular / Mesatar	<input type="checkbox"/> Poor / Dobët
	<input type="checkbox"/> Fluent / Rrjedhshëm	<input type="checkbox"/> Regular / Mesatar	<input type="checkbox"/> Poor / Dobët

Applicant's (or legal representative's) signature / Nënshkrimi i aplikantit (ose përfaqësuesit ligjor)

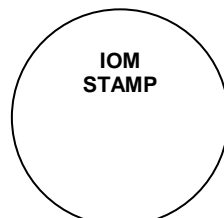
Date and place / Data dhe vendi

Interpreter's signature [if applicable] / Nënshkrimi i përkthyesit [nëse kërkohet]

Date and place / Data dhe vendi

Signature of the Representative of IOM or of the Delegate partner / Nënshkrimi i përfaqësuesit të IOM-it ose i një partneri të autorizuar

Date and place / Data dhe vendi



7. Counsellor or Case Officer

Comments or concerns to be considered prior to the return arrangements

(Signature of Counsellor)

(Name of Counsellor)

(Telephone number)

(Fax Number) (E-mail)

Place and Date

Icelandic Directorate of
Immigration

Reception center

Municipality

Police

Other:

STAMP



8. Attachments to this application

- Photocopy of the travel documents
- Other documents of relevance for travel arrangements (copies of personal IDs, medical statements, other)

9. For use of IOM Finland Only

Received on (date):

AVRR Case Number:

Related Persons:

Applicant considered eligible for voluntary return: Yes No

Estimated Date of Departure:

Special Considerations for Return:

Please forward the completed form to IOM Finland:

Mailing address: P.O. Box 851, FI-00101 Helsinki, Finland
Visiting address: Unioninkatu 13, 6th floor, FI-00130 Helsinki, Finland
Email: jsavr@iom.int
Enquiries Tel: +358 9 684 11540